

DOI: <http://dx.doi.org/10.31365/issn.2595-1769.2026.0403>

Prevalência de paralisia cerebral e sua distribuição motora em crianças acompanhadas em um Centro de Reabilitação no Rio de Janeiro

*Prevalence of cerebral palsy and its motor distribution in children followed up at a Rehabilitation Center in Rio de Janeiro**Prevalencia de la parálisis cerebral y su distribución motora en niños acompañados en un Centro de Rehabilitación en Rio de Janeiro*Marta Cristina da Silva Teixeira¹Fernanda J. P. Marques²¹ Rede SARAH de hospitais de reabilitação, Pediatria - Rio de Janeiro-RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4988-3774>² University of Iowa Health Care, Developmental and Behavioral Pediatrics - Iowa City-IA, Estados Unidos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4581-6025>

Autor correspondente:

Marta Cristina da Silva Teixeira¹E-mail: teixeira.marta@uol.com.br

RESUMO

Introdução: No Brasil, os dados epidemiológicos sobre paralisia cerebral ainda são limitados. Conhecer seu perfil no contexto nacional é fundamental para orientar condutas terapêuticas adequadas e subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e a distribuição motora de crianças com diagnóstico de paralisia cerebral atendidas em um centro de reabilitação no Rio de Janeiro. **Método:** Estudo transversal retrospectivo, realizado entre novembro de 2023 e junho de 2024. Foram analisados dados de um grupo randomizado de crianças com paralisia cerebral, classificadas segundo o Gross Motor Function Classification System (GMFCS). **Resultados:** Foram incluídas 756 crianças, sendo 436 (57,7%) do sexo masculino e 320 (42,3%) do feminino. O fator de risco mais frequente foi insulto hipóxico-isquêmico associado a prematuridade (36,6%). A forma clínica predominante foi a paralisia cerebral espástica (77,9%) tetraplégica (55,3%). As principais comorbidades foram epilepsia (62,7%), disfagia (43,3%), sialorreia (30,2%) e constipação intestinal (32,1%). Entre as condições ortopédicas, destacaram-se luxação de quadril (45,8%) e escoliose (24,6%). Quanto ao GMFCS, 303 (40,1%) foram classificados no nível V, 118 (15,6%) no IV, 88 (11,6%) no III, 67 (8,9%) no II e 127 (16,8%) no I. Os achados de neuroimagem revelaram lesão hipóxico-isquêmica como o mais prevalente (54,1%). **Conclusão:** A maioria das crianças apresentou comprometimento funcional grave, associado a maiores taxas de comorbidades clínicas, especialmente epilepsia. Torna-se essencial a implementação de políticas públicas e estratégias de reabilitação abrangentes para garantir cuidados contínuos e de qualidade a essa população.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral; Desenvolvimento Infantil; Transtornos das Habilidades Motoras.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, epidemiological data on cerebral palsy remain limited. Understanding its profile within the Brazilian context is crucial to guide appropriate treatment and policy development. **Objective:** Describe the clinical profile of a subset of children with the diagnosis of CP and its motor distribution from a rehabilitation center located in Rio de Janeiro, Brazil. **Method:** This retrospective cross-sectional study was conducted from November 2023 to June 2024. Data were collected from a randomized group of children with CP. Also, the participants were classified according to the Gross Motor Function Classification System (GMFCS). **Results:** Sample included 756 children with CP; 436 (57.7%) participants were male, and 320 (42.3%) females. The most common risk factor was preterm hypoxic-ischemic insult (36.6%). Spastic (77.9%) quadriplegia (55.3%) was the most common clinical presentation. Comorbidities including epilepsy (62.7%), dysphagia (43.3%), sialorrhea (30.2%) and constipation (32.1%) were noted. Hip dislocations (45.8%) and scoliosis (24.6%) were the most common orthopedic conditions. GMFCS classified 303 (40.1%) participants as level V; 118 (15.6%) level IV; 88 (11.6%) level III, 67 (8.9%) level II and 127 (16.8%) level I. Neuroimaging findings comprise hypoxic-ischemic injury (54.1%) as the most prevalent finding. **Conclusion:** Most children with CP in our sample have severe functional impairment, increasing the risk of adverse outcomes including higher rates of clinical comorbidities such as epilepsy. Implementing comprehensive public policies and rehabilitation strategies is essential to ensure continuous, high-quality care for this population.

Keywords: Cerebral Palsy; Child Development; Motor Skills Disorders.

RESUMEN

Introducción: En Brasil, los datos epidemiológicos sobre parálisis cerebral aún son limitados. Comprender su perfil en el contexto nacional es fundamental para orientar los enfoques terapéuticos adecuados y apoyar el desarrollo de políticas públicas. **Objetivo:** Describir el perfil clínico y la distribución motora de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral atendidos en un centro de rehabilitación en Río de Janeiro. **Método:** Estudio transversal retrospectivo, realizado entre noviembre de 2023 y junio de 2024. Se analizaron los datos de un grupo aleatorizado de niños con parálisis cerebral, clasificados según el Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa (GMFCS). **Resultados:** Se incluyeron 756 niños, 436 (57,7%) varones y 320 (42,3%) mujeres. El factor de riesgo más frecuente fue la lesión hipóxico-isquémica asociada a la prematuridad (36,6%). La forma clínica predominante fue la parálisis cerebral espástica (77,9%) y la tetraplégica (55,3%). Las principales comorbilidades fueron epilepsia (62,7%), disfagia (43,3%), sialorrea (30,2%) y estreñimiento (32,1%). Entre las afecciones ortopédicas, destacaron la luxación de cadera (45,8%) y la escoliosis (24,6%). En cuanto al GMFCS, 303 (40,1%) se clasificaron en el nivel V, 118 (15,6%) en el IV, 88 (11,6%) en el III, 67 (8,9%) en el II y 127 (16,8%) en el I. Los hallazgos de neuroimagen revelaron que la lesión hipóxico-isquémica fue la más prevalente (54,1%). **Conclusión:** La mayoría de los niños presentaron deterioro funcional grave, asociado con mayores tasas de comorbilidades clínicas, especialmente epilepsia. La implementación de políticas públicas integrales y estrategias de rehabilitación es esencial para garantizar una atención continua y de calidad para esta población. **Palabras clave:** Parálisis Cerebral; Desarrollo Infantil; Trastornos de las Habilidades Motoras.

INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) descreve um grupo de distúrbios do desenvolvimento relacionados ao movimento e à postura, atribuídos a distúrbios não progressivos que ocorrem no desenvolvimento do cérebro.¹ Os fatores de risco incluem variantes genéticas, anomalias congênitas, parto prematuro, *kernicterus*, restrição do crescimento intrauterino, infecções intrauterinas e perinatais, insultos hipóxico-isquêmicos e cerebrovasculares durante a gravidez ou a infância, bem como lesões cerebrais acidentais ou não acidentais.² A PC está associada a consequências no longo prazo que afetam substancialmente a qualidade de vida das crianças e suas famílias.

Crianças com PC em países de baixa e média renda (PBMRs) frequentemente apresentam limitações motoras mais graves, maiores taxas de comorbidades e idade mais tardia no diagnóstico, em comparação com aquelas em países de alta renda (PARs). Em PARs, os avanços nos cuidados neonatais e perinatais reduziram a prevalência de PC.^{3,4}

Os perfis de PC também diferem em termos de cobertura de pesquisa: enquanto os PARs se beneficiam de registros nacionais de larga escala e estudos longitudinais, os PBMRs enfrentam significativa falta de dados epidemiológicos. Essa escassez dificulta estimativas precisas de prevalência, atrasa a identificação de fatores de risco específicos da população e limita o desenho de estratégias eficazes de intervenção centradas na família.^{5,6} Consequentemente, as metas de reabilitação em PBMRs podem não abordar totalmente a gravidade das deficiências ou as necessidades mais amplas das crianças afetadas e suas famílias. O fortalecimento da vigilância epidemiológica e o estabelecimento de registros nacionais de PC são etapas essenciais

para aprimorar o diagnóstico precoce, as intervenções adequadas e o direcionamento de políticas de saúde pública.

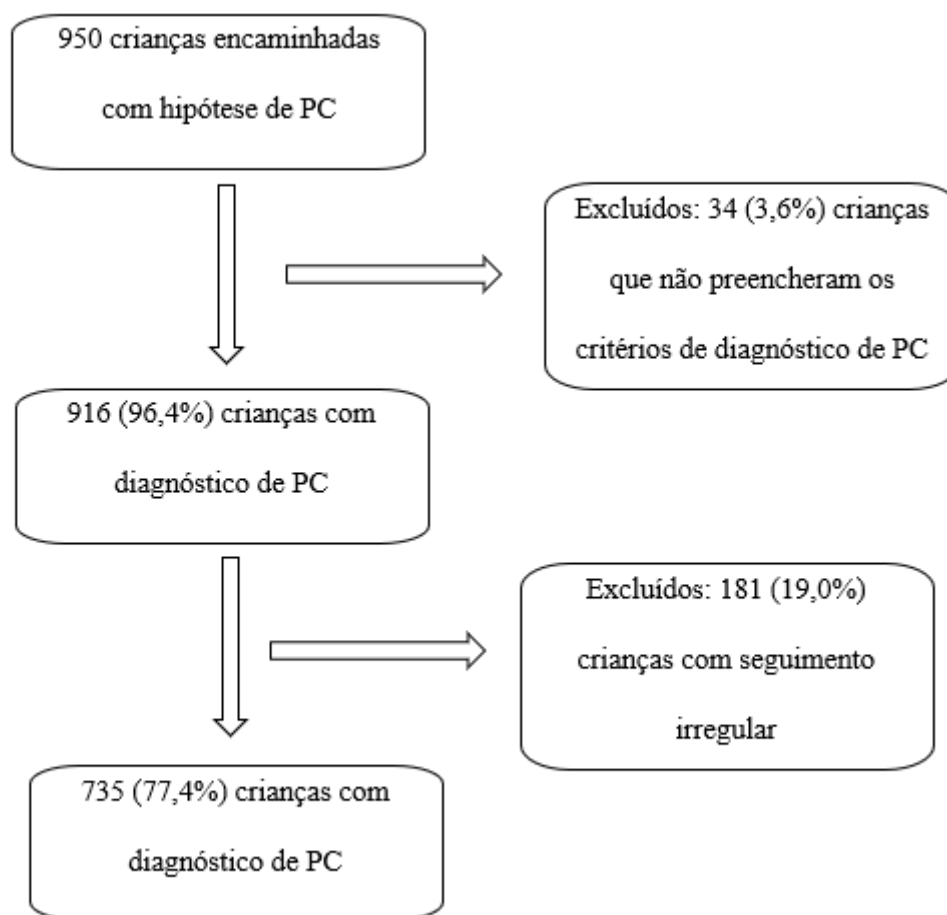
No Brasil, os dados epidemiológicos sobre PC permanecem limitados. A PC abrange um grupo heterogêneo de condições crônicas com profundas implicações sociais e econômicas. Por esta razão, compreender seu perfil clínico e motor no contexto brasileiro é crucial para orientar o tratamento adequado e o desenvolvimento de políticas. Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever as características clínicas e a distribuição motora de crianças diagnosticadas com PC atendidas em um centro de reabilitação no Rio de Janeiro, Brasil.

MÉTODOS

Este estudo transversal retrospectivo foi conduzido de novembro de 2023 a junho de 2024, em um centro de reabilitação de referência nacional para crianças com PC no Rio de Janeiro, Brasil.

A população do estudo incluiu crianças avaliadas entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022, com suspeita diagnóstica de PC. O critério de inclusão foi o diagnóstico confirmado de PC, realizado por cinco pediatras do desenvolvimento, com base na presença de disfunção motora (critério essencial) e pelo menos um dos seguintes critérios adicionais: neuroimagem anormal e/ou história clínica compatível com fatores de risco para PC.⁵ Os critérios de exclusão incluíram acompanhamento irregular (crianças que compareceram apenas à avaliação inicial, sem retorno para acompanhamento) ou que não preencheram os critérios para o diagnóstico de PC. A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos participantes.

Figura 1 - Fluxograma representando a seleção dos participantes



Dados demográficos e características clínicas foram coletados dos prontuários médicos. A PC também foi descrita de acordo com sua topografia (tetraplegia, hemiplegia, diplegia e triplegia) e tipo (espástica, discinética, atáxica ou mista). Foram ainda incluídos os fatores de risco etiológicos, além das comorbidades clínicas associadas ao diagnóstico de PC.

Os estudos de neuroimagem foram revisados por pares por dois radiologistas especializados em neurorradiologia. Ressonância magnética (RM) e/ou tomografia computadorizada (TC) foram realizadas em estados de sono espontâneo. A maioria desses exames foi realizada na instituição, sendo aceitos exames externos realizados sob as mesmas condições, com imagens também revisadas e reavaliadas pelos mesmos dois radiologistas especializados em neurorradiologia. Os achados foram

categorizados como lesão hipóxico-isquêmica, sequelas de infecção congênita, esquizencefalia, hidrocefalia, outras malformações, sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), kernicterus ou outras anormalidades.

Além disso, os participantes foram classificados de acordo com a Gross Motor Function Classification System (GMFCS).⁷ O GMFCS compreende cinco níveis de classificação motora grossa com base no funcionamento motor da criança, sendo usado para classificar a gravidade da mobilidade. A classificação enfatiza o nível de funcionamento das principais posturas da criança, como sentar-se (controle do tronco) e marcha, em cinco faixas etárias diferentes (<2 anos, 2-4 anos, 4-6 anos, 6-12 anos e 12-18 anos). O sistema de classificação possui cinco níveis, sendo o nível I equivalente à disfunção motora mínima e o nível V, ao comprometimento motor mais

significativo.³ A classificação GMFCS foi realizada em conjunto pela equipe de pediatria do desenvolvimento com a equipe de fisioterapia da unidade.

A extração dos dados dos prontuários foi realizada por profissionais assistencialistas (pediatras do desenvolvimento), utilizando ficha clínica padronizada e previamente estruturada. A coleta e a revisão dos dados foram conduzidas de forma independente por ambos os pesquisadores, com posterior conferência cruzada para identificação de inconsistências.

A análise estatística foi realizada utilizando o SPSS 21.0™. As variáveis categóricas foram descritas como frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão. O protocolo do estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição e registrado na plataforma Brasil (www.saude.gov.br/plataformabrasil) sob o CAAE nº 43352621.0.0000.0022. O consentimento informado foi obtido dos pais ou responsáveis legais dos participantes.

RESULTADOS

Este estudo analisou 756 crianças com diagnóstico de PC em um centro de reabilitação

de referência nacional (Rede SARAH de hospitais de reabilitação). Destas, 436 (57,7%) eram do sexo masculino e 320 (42,3%) do sexo feminino. O fator de risco mais comum foi insulto hipóxico-isquêmico pré-termo (36,6%), seguido por insulto hipóxico-isquêmico a termo (30,3%). Em relação a topografia e tipo, a tetraplegia (55,3%) e espasticidade (77,9%) foram, respectivamente, as apresentações clínicas mais comuns. Foram observadas comorbidades, incluindo epilepsia (62,7%), e condições clínicas como disfagia (43,3%), sialorreia (30,2%), constipação intestinal (32,1%), déficits auditivos (18,4%) e visuais (13,8%). Complicações ortopédicas também foram frequentes, particularmente luxação do quadril (45,8%) e escoliose (24,6%).

Entre os participantes com mais de dois anos de idade, a distribuição do GMFCS revelou que 303 (40,1%) foram classificados como nível V; 118 (15,6%), como nível IV; 88 (11,6%), como nível III; 67 (8,9%), como nível II; e 127 (16,8%), como nível I.

A lesão hipóxico-isquêmica foi o achado mais comum (54,1%), seguida por outras anormalidades cerebrais congênitas e adquiridas.

A Tabela 1 resume o perfil demográfico e clínico.

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas dos participantes

	% ou média (min -max)
Gênero	
. feminino	320/756 (42,3%)
. masculino	436/756 (57,7%)
Idade admissão (meses)	39,2 (1 -294)
Fator de risco	
. insulto hipóxico-isquêmico associado a prematuridade	277/756 (36,6%)
. insulto hipóxico-isquêmico a termo	229/756 (30,3%)
. infecção congênita	66/756 (8,7%)
. kernicterus	15/756 (2,0%)
. encefalites	9/756 (1,2%)
. malformação encefálica	21/756 (2,8%)
. AVC	14/756 (1,9%)
. traumatismo cranioencefálico	3/756 (0,4%)
. condição genética / desconhecida	122/756 (16,1%)
Topografia	
. hemiplegia	138/756 (18,3%)
. diplegia	123/756 (16,3%)
. triplegia	55/756 (7,3%)
. tetraplegia	418/756 (55,3%)
. desconhecido / sem registro	22/756 (2,9%)
Tipo	
. espasticidade	589/756 (77,9%)
. discinético	29/756 (3,8%)
. atáxico	2/756 (0,3%)
. misto	123/756 (16,3%)
. desconhecido / sem registro	13/756 (1,7%)
GMFCS	
. I	127/756 (16,8%)
. II	67/756 (8,9%)
. III	88/756 (11,6%)
. IV	118/756 (15,6%)
. V	303/756 (40,1%)
. desconhecido / sem registro	53/756 (7,0%)
Comorbidades clínicas	
. epilepsia (156 desconhecidos / sem registro)	376/600 (62,7%)
. disfagia (329 desconhecidos / sem registro)	185/427 (43,3%)
. sialorreia (358 desconhecidos / sem registro)	120/398 (30,2%)
. constipação (404 desconhecidos / sem registro)	113/352 (32,1%)
. déficit auditivo (392 desconhecidos / sem registro)	67/364 (18,4%)
. déficit visual	48/347 (13,8%)

Abreviações: GMFCS, *Gross Motor Function Classification System*.

Fonte: elaboração própria.



DISCUSSÃO

A paralisia cerebral é uma condição permanente com impacto vitalício na qualidade de vida dessas crianças e de suas famílias, e é fundamental compreender o perfil demográfico e clínico dessa população em PBMRs.⁶ Alguns dos principais resultados são discutidos a seguir.

No presente estudo, a média de idade na admissão foi de 39,2 meses – considerada tardia para avaliação de crianças com suspeita de diagnóstico de PC. Esse período ultrapassa o período ideal para intervenções, visto que a plasticidade neuronal é maior nos dois primeiros anos de vida.^{8,9} Desde o século XIX, a literatura tem defendido o diagnóstico precoce da PC.¹⁰ No entanto, como o Brasil não possui um registro nacional de PC, não há estudos confiáveis sobre a média nacional de idade do diagnóstico de PC nessa população.

Considerando PBMRs, semelhante ao Brasil, estudo realizado em Bangladesh revelou que a média de idade do diagnóstico é atualmente de cinco anos.⁸ O diagnóstico tardio tem sido associado ao acesso limitado a intervenções precoces em crianças de Bangladesh, configurando um cenário discrepante quando comparado a PARs. Nesses contextos, o diagnóstico de PC é geralmente estabelecido entre os 12 e 24 meses de idade, o que possibilita o encaminhamento oportuno para intervenções e atividades de estimulação específicas, promovendo o início do acompanhamento terapêutico em fases mais precoces do desenvolvimento.¹⁰

Em concordância com um estudo transversal anterior realizado em uma capital do nordeste brasileiro, nossos achados revelaram que a PC espástica bilateral foi a apresentação clínica mais prevalente (45,4% e 55,3%, respectivamente).⁶ Esses resultados são semelhantes aos de registros de PARs,^{11,12,13} como o Registro Australiano de Paralisia Cerebral (ACPR).⁴ De acordo com o ACPR, a PC é categorizada como unilateral em 41% das crianças afetadas e bilateral em 59%.

Além disso, o GMFCS demonstrou predominância de formas graves de

comprometimento motor. Em nosso estudo, 422 crianças com PC foram classificadas nos níveis V e IV do GMFCS (40,1% e 15,6%, respectivamente). Esse resultado reflete que mais da metade de nossa amostra necessita de métodos de mobilidade que requerem assistência física ou mobilidade motorizada. Em contraste, de acordo com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), mais da metade (58,9%) das crianças identificadas com PC nos Estados Unidos conseguiam caminhar independentemente.¹⁴ Essa discrepância provavelmente reflete, na população avaliada neste estudo, maior incidência de formas graves de lesão cerebral e maior ocorrência de comorbidades clínicas, conforme já descrito na literatura.^{15,16}

Em contraste, comorbidades clínicas, como epilepsia, afetaram 62,7% das crianças com PC, taxa muito maior do que a relatada em PARs.^{17,18} De acordo com o ACPR, a epilepsia afeta 25% das crianças com PC. Dados do CDC relataram que 42% das crianças nos Estados Unidos identificadas com PC apresentavam epilepsia concomitante.¹² A presença de diagnósticos comórbidos, como epilepsia, contribui para maior instabilidade clínica, prognósticos de desenvolvimento mais desfavoráveis e até mesmo taxas de mortalidade mais precoces. Essas diferenças podem ser atribuídas a uma maior gravidade do dano cerebral, possivelmente devido a diferenças nos cuidados pré e perinatais.

Nos últimos 15 anos, a prevalência de PC em PARs diminuiu 40%, refletindo, em parte, os avanços em cuidados perinatais e neonatais.^{11,12,13} Em contraste, relatórios de Bangladesh⁸ e Uganda¹⁹ sugerem que o número de crianças com PC está aumentando, com uma taxa estimada de 3,1 e 3,7/1.000 nascidos vivos, respectivamente. Esses dados sugerem disparidades epidemiológicas importantes, possivelmente refletindo variações no acesso a cuidados neonatais e outros determinantes sociais e sanitários entre PARs e PBMRs.

Este estudo apresenta algumas limitações. Como estudo retrospectivo, há uma alta taxa de dados não registrados/ausentes para algumas das variáveis analisadas,

especialmente em relação aos dados clínicos. Além disso, os resultados mostraram uma análise descritiva de crianças com PC em um centro de reabilitação, uma limitação para a validade externa dos resultados. Além disso, os autores não consideraram as características dos serviços de saúde recebidos antes da coleta de dados, a idade de início do atendimento no centro especializado ou os fatores que influenciam esses aspectos, pois se trata de um estudo descritivo sobre o perfil clínico de um subgrupo de crianças com PC, sem o objetivo de analisar intervenção e desfechos clínicos. Adicionalmente, o estudo atravessou o período da pandemia de Covid-19, o que pode ter interferido nos resultados. E por fim, existem poucos estudos sobre o perfil de PC em países de renda média-baixa – consequentemente, há poucos dados para comparação com outros centros de natureza semelhante.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo contribuir para uma melhor compreensão do perfil clínico e demográfico dessas crianças no Brasil. Houve aumento recente nos registros de PC em todo o mundo, particularmente em PBMRs, o que melhorará a compreensão da epidemiologia da PC.

Futuros estudos multicêntricos com uma amostra maior são necessários para traçar um perfil dessa população, o que é essencial para direcionar programas de reabilitação e políticas públicas que beneficiem crianças e famílias afetadas por essa condição de saúde permanente.^{20,21}

REFERÊNCIAS

1. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl.* 2007; 109:8-14.
2. Nelson KB, Blair E. The epidemiology of cerebral palsy. In: *Clinics in Developmental Medicine*. London: Mac Keith Press; 2015. p. 13-22.
3. Australian Cerebral Palsy Register Group. Report of the Australian Cerebral Palsy Register, birth years 1995-2014. Sydney: ACPR; 2018.
4. Novak I, Jackman M, Finch-Edmondson M, Fahey M. Cerebral palsy. *Lancet.* 2025;406(10499):174-88. doi:10.1016/S0140-6736(25)00686-5.
5. Karim T, Muhit M, Khandaker G. Epidemiology of cerebral palsy in children in low- and middle-income countries: prevalence and risk factors. *Int J Disabil Dev Educ.* 2019;66(6):649-60.
6. Vasconcelos RLP, Moura TL, Campos TF, Lindquist ARR, Guerra RO. Clinical profile of children with cerebral palsy attending a referral center in northeastern Brazil. *Rev Paul Pediatr.* 2009;27(3):303-8.
7. Rosenbaum PL, Palisano RJ, Bartlett DJ, Galuppi BE, Russell DJ. Development of the Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2008;50(4):249-53.
8. Karim T, Muhit M, Khandaker G, Smithers-Sheedy H, Novak I. Epidemiology of cerebral palsy in low- and middle-income countries: insights from Bangladesh. *J Pediatr Child Health.* 2019;55(5):582-8.
9. Kolb B, Gibb R. Brain plasticity and behaviour in the developing brain. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20(4):265-76.
10. Little WJ. The influence of abnormal parturition, difficult labours, premature birth, and asphyxia neonatorum, on the mental and physical condition of the child. *Trans Obstet Soc Lond.* 1862; 3:293-344.
11. McIntyre S, Goldsmith S, Webb A, Ehlinger V, Hollung SJ, McConnell K, et al. Global prevalence of cerebral palsy: a

- systematic analysis. *Dev Med Child Neurol*. 2022;64(12):1494-506.
12. Australian Cerebral Palsy Register Group. **Australian Cerebral Palsy Register Report 2023: birth years 1995-2016**. Sydney: ACPR; 2023.
 13. Lacey C, et al. **Cerebral palsy in Australia: birth prevalence, 1995–2016, and differences by residential location**. *Med J Aust*. 2024;221(10).
 14. Christensen D, Van Naarden Braun K, Doernberg NS, Maenner MJ, Arneson CL, Durkin MS, et al. Prevalence of cerebral palsy, co-occurring autism spectrum disorders, and motor functioning – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, USA, 2008. *Dev Med Child Neurol*. 2014;56(1):59-65.
 15. Mazzitelli C, et al. **Functioning profile and related impairments of children and adolescents with cerebral palsy from various Brazilian regions**. *BMC Pediatr*. 2024;24.
 16. de Souza R, et al. **Epidemiological and functional profile of children with cerebral palsy**. *Children (Basel)*. 2025;12.
 17. Gong C, Liu A, Lian B, Wu X, Zeng P, Hao C, et al. **Prevalence and related factors of epilepsy in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis**. *Front Pediatr*. 2023; 11:1220308.
 18. Pavone P, et al. **Epilepsy in cerebral palsy: prevalence, risk factors and clinical features**. *J Clin Med*. 2023;12(1):346.
 19. Kakooza-Mwesige A, Andrews C, Peterson S, Mangen FW, Eliasson AC, Forssberg H. Prevalence of cerebral palsy in Uganda: a population-based study. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12): e1275-82.
 20. Novak I, Morgan C, Adde L, Blackman J, Boyd RN, Brunstrom-Hernandez J, et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment. *JAMA Pediatr*. 2017;171(9):897-905.
 21. American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine (AAPDM). **Hip Surveillance in Cerebral Palsy Care Pathway**. 2024 update. Available from AAPDM.

Editor Científico:

Fernanda Pinto Mariz.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6981-2352>

Editora:

Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro – SOPERJ

E-mail de contato: secretaria@soperj.org.br

Financiamento:

Não há.

Conflito de interesses:

Não há.

Contribuições dos autores:

MCS Teixeira: análise estatística, coleta de dados, conceitualização, gerenciamento de recursos, gerenciamento do projeto, investigação, metodologia, redação – preparação do original, redação – revisão e edição, supervisão, validação e visualização.

FJP Marques: análise estatística, coleta de dados, gerenciamento do projeto, metodologia, redação – preparação do original, redação – revisão e edição, visualização.